



<b>Documento de Lições Aprendidas</b>	
<b>Área Temática</b>	Cálculo de Custos, Relação Custo-Eficácia e Financiamento
<b>Descrição</b>	Este documento de Lições Aprendidas irá rever os dados disponíveis sobre financiamento e determinação de custos para programas de iCCM.
<b>Instituições que documentam as Lições Aprendidas</b>	Management Sciences for Health (MSH) (Ciências de Gestão aplicadas à Saúde)
<b>Antecedentes</b> <p>Apesar dos relatos de sucesso da iCCM em vários contextos de baixo-rendimento, muitos países ainda não implementaram ou expandiram programas de iCCM. Em parte, isso deve-se à falta de dados disponíveis sobre a relação custo-eficácia destes programas. É necessário um entendimento claro da relação custo-eficácia e dos factores que a influenciam, para que os países utilizem da melhor forma recursos escassos. A Análise Custo-Eficácia (CEA) é um tipo de avaliação económica que analisa tanto os custos como os resultados de estratégias de intervenção alternativas para na área da saúde. Esta avaliação relaciona o custo de uma intervenção com a sua eficiência medida em resultados na saúde (por exemplo, "casos que foram prevenidos" ou "anos de vida salvos"). Por exemplo, uma CEA poderia comparar o custo de tratar uma criança com pneumonia dentro da comunidade com o custo de fazer o mesmo num estabelecimento de saúde.</p> <p>Assumir que os programas de iCCM têm de ser baratos, uma vez que frequentemente os ACS são voluntários, é um raciocínio que muitas vezes não tem em conta as significativas necessidades de supervisão, assim como de estruturas de apoio logístico. Por outro lado, a percepção de que os programas de iCCM são demasiado caros devido aos elevados investimentos pode não estar a considerar uma eventual diminuição de custos em tratamentos, devido a economias de escala, e à poupança que resulta da mudança de serviços prestados em instalações de saúde para serviços prestados ao nível comunitário. Planear ou avaliar um programa de iCCM usando análises de custo-eficácia pode ajudar a esclarecer muitas destas questões. <i>Este é um artigo paralelo ao documento Lições Aprendidas sobre a Relação Custo-Eficácia que foi preparado sobre a mesma área temática.</i></p>	
<b>Processo de documentação</b> <p>O Management Sciences for Health (MSH) desenvolveu a Ferramenta de Cálculo de Custos e Financiamento da iCCM - através do projecto TRAction, financiado pela USAID - e aplicou-a no Malawi, no Ruanda e no Senegal. Com o financiamento pela Fundação Bill &amp; Melinda Gates, esta ferramenta foi também aplicada nos Camarões, República Democrática do Congo, Etiópia, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda e Zâmbia. Durante a fase de desenvolvimento desta ferramenta e da sua aplicação nestes dez países, o MSH recolheu e documentou várias lições sobre a relação custo-eficácia em programas de iCCM.</p>	
<b>Estratégias bem-sucedidas</b> <p>Em seguida, apresentam-se estratégias que demonstraram ser eficazes no aumento da relação custo-eficácia dos programas de iCCM.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Os programas de iCCM mais custo-eficazes implementaram estratégias que resultaram num</li></ul>	

### **elevado número de tratamentos de iCCM por beneficiário.**

- Uma das estratégias mais eficazes foi o investimento suficiente no sistema de saúde para garantir **o mínimo de interrupções no abastecimento de medicamentos**. Isto revelou-se especialmente importante em países cuja baixa utilização se relacionava com rupturas de *stock* em medicamentos-chave. *Consultar lições relacionadas no Documento de Lições Aprendidas: "Cadeia de Abastecimento"*.
- Os programas que investiram em **atividades destinadas a gerar procura** e que contemplaram comportamentos de procura por cuidados de saúde demonstraram tendencialmente maiores níveis de utilização dos serviços de iCCM, aumentado, em última instância, a relação custo-eficácia. Estes programas tinham fortes estruturas de supervisão, frequentemente **com supervisores a trabalhar a tempo inteiro**.

### **Estratégias que não resultaram**

Em seguida apresentam-se factores que prejudicaram a relação custo-eficácia dos programas de iCCM.

- **Estratégias que não garantiram o abastecimento continuado de medicamentos** resultaram numa fraca utilização dos serviços, baixando a relação custo-eficácia do programa, especialmente nos casos em que os custos associados à supervisão e à gestão eram relativamente elevados. Em muitos países, rupturas frequentes no *stock* de medicamentos resultaram na perda de confiança nos ACS, afastando as pessoas dos serviços de iCCM, mesmo quando os medicamentos estavam disponíveis.
- Programas de iCCM com financiamento misto por parte do governo e de ONG apresentaram frequentemente custos de gestão elevados, havendo muitos funcionários a realizar trabalho em duplicado. Estes elevados custos de gestão teriam de se tornar sustentáveis no caso de o programa ser assumido inteiramente pelo governo. Por outro lado, a qualidade e a utilização dos serviços de iCCM poderia ser negativamente afectada como resultado directo desse processo.
- Nalguns países, as **elevadas taxas de desgaste dos ACS** resultaram em despesas adicionais na procura e formação de novos agentes que os substituíssem. Os programas de iCCM em que os incentivos, o reconhecimento e a supervisão são insuficientes tendem a demonstrar uma maior taxa de desgaste. O recrutamento de ACS para trabalharem em unidades de saúde, ao invés de permanecerem nas suas comunidades, também se apresentou como uma questão a ter em conta.
- **Financiar políticas que não levaram em consideração a capacidade dos doentes para pagar**, cobrando taxas aos utentes, resultou numa menor utilização dos serviços de iCCM. Isto notou-se especialmente em países onde os cuidados de saúde infantil gratuitos ou subsidiados eram disponibilizados ao nível dos estabelecimentos de saúde. Além disso, políticas que assumiam que o financiamento do custo inicial dos programas de iCCM fosse assumido pela comunidade (por exemplo, a construção de postos de saúde) frequentemente tiveram pouco sucesso.

### **Lições Aprendidas**

- **Os programas de iCCM devem ser bem utilizados para que sejam custo-eficazes.** Estes programas têm custos fixos, nos quais estão incluídos formação, equipamento, supervisão, gestão, aprovisionamento, transporte e armazenamento, manutenção de registos e envio de relatórios e, por vezes, salários. Para que sejam custo-eficazes, estes custos fixos devem ser partilhados por um grande número de serviços. Assim, o programa tem de ser bem utilizado; caso contrário, o investimento pode não ser justificável.
- **Iniciar um programa de iCCM irá geralmente requerer um investimento no sistema de saúde.** Pode implementar-se um programa de gestão integrada de casos na comunidade (iCCM) em locais onde os cuidados de saúde primários já existentes são de fraca qualidade. No entanto, sem o apoio desse sistema de saúde, sobretudo na supervisão e gestão da cadeia de abastecimento, a

utilização poderá ser baixa e o programa não será custo-eficaz. Como tal, um sistema de saúde que apoie os programas de iCCM deve ser adequadamente financiado.

- **São necessários mais dados sobre a relação custo-eficácia de programas de iCCM.** Uma revisão de literatura existente mostra a clara necessidade de serem disponibilizados mais dados sobre a relação custo-eficácia de programas de iCCM. Os implementadores de programas de iCCM, tal como os investigadores na área, deverão basear-se nas conclusões retiradas neste Simpósio de Análise dos Dados Disponíveis sobre a iCCM para avaliarem a relação custo-eficácia de diferentes modelos de iCCM; de programas de iCCM por comparação a outros programas comunitários; e outros níveis de prestação de serviços, de forma a maximizar a boa aplicação do dinheiro.